

令和4年度（2022年度） 熊本県喀痰吸引等研修 第三号研修
実地研修（特定の者対象）における医師の指示書

下記の利用者に対して、指導看護師の指示の下に介護職員等が
 実地研修を実施することを許可いたします。
 実施にあたっては、指示書のとおり実施すること。

（指示期間：実地研修終了まで）

（フリガナ） 利用者氏名		性別		男・女	
生年月日		大正 昭和 平成	年	月	日生（歳）
看護師の指導の下、 介護職員が実施可能なケア ※該当するケアに✓を付けてください。		指 示 内 容			
<input type="checkbox"/> 口腔内のたん吸引 （咽頭の手前まで）		吸引圧 挿入の長さ その他		カテーテルサイズ	
<input type="checkbox"/> 鼻腔内のたん吸引 （咽頭の手前まで）		吸引圧 挿入の長さ その他		カテーテルサイズ	
<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の たん吸引		吸引圧 挿入の長さ その他		カテーテルサイズ	
<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる 経管栄養		経管栄養剤の種類 注入量 注入時間 その他		注入温度 開始時間	
<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		経管栄養剤の種類 注入量 注入時間 その他		注入温度 開始時間	
特記事項					
介護職員等	所属				
	氏名 ※複数名記入可。				
指導看護師	所属				
	氏名 ※複数名記入可。				

年 月 日

所 属
住 所
電 話
医師氏名

事業者代表者 様